



编者按：5月16-18日，由国家卫生计生委脑卒中筛查与防治工程委员会与中华预防医学会共同主办的“2014年中国脑卒中大会暨第四届全国心脑血管病论坛”在北京国家会议中心召开。大会共设24个分论坛，300多场专题讲座，来自国内外的近5000名心脑血管专家、学者共享本次学术盛宴。

我国卒中发病年轻化趋势严重

“2014年中国脑卒中大会暨第四届全国心脑血管病论坛”撷萃

▲ 本报记者 裘佳



王陇德 院士

我国卒中患病率年增长率8%

国家卫计委脑卒中筛查与防治工程委员会副主任、中国工程院院士王陇德报告了脑卒中筛查与防治工程工作进展，并公布了脑卒中高危人群筛查和干预项目2011-2012年数据分析结果。

项目已收集 350 万卒中人群信息

王陇德院士表示，自2009年启动了脑卒中筛查与防治工程以来，已建立了覆盖全国31个省、市、自治区的300余家三级基地医院，并辐射1000多家县级协作医院和2000多家乡镇卫生院、社区卫生服务中心。截止2013年共收录350万人卒中筛查和随访信息。

基地医院规范化建设上，全国基地医院“中风预防/筛查门诊”数目明显增加，由2010年44家增加到2013年156家，门诊就诊总数由72万人次增至166万人次，增长131%。全国基地医院“卒中随访门诊”由2010年

48家增至2013年150家，卒中随访门诊总人数由2010年40万人次增加到160万人次，增长303%。2010年全国基地医院仅105家开设急诊绿色通道，2013年增至190家，通过绿色通道获益总人数由5.8万人次增至15.97万人次，增长175%。

目前，脑卒中高危人群筛查和干预项目的120万例筛查目标任务已基本完成。脑卒中防治新技术推广培训项目覆盖范围扩大。2012年、2013年遴选了28家“脑卒中筛查与防治相关技术培训基地”开展各项脑卒中筛查与防治相关技术培训。

我国卒中患者一半为劳动力人群

2011年，我国脑卒中患病率约为1.88%，与1986年全军脑血管病流行病学协作组调研结果相比，我国脑卒中患病率以每年8.1%速度增加。患病人群上，男性卒中患病率高于女性，农村高于城市，卒中患病率与受教育程度呈负相关。我国脑卒中年轻化趋势严重，60-64岁患病人数最多，卒中患者一半为劳动力人群。40岁以上人群脑卒中主要危险因

素前6位分别为吸烟、血脂异常、高血压、明显超重或肥胖、糖尿病以及房颤或瓣膜性心脏病。诊断分型上，以缺血性卒中为主，约为78%。卒中高危因素仍未得到很好地干预，高血压控制率不到20%，低密度脂蛋白控制率仅约5%，糖尿病控制率约30%，房颤使用华法林比例1.5%，使用抗血小板药率为14%，重度颈动脉狭窄手术率为6%。

缺血性卒中热点

王拥军：我国卒中患者平均年龄较国外低10岁

首都医科大学附属北京天坛医院王拥军教授就我国缺血性卒中的诊治现状进行了介绍。他表示，中国是世界上卒中发病率最高的国家之一，但卒中死亡率却并不非常高。这并不是由于我国医疗水平高，而是由于我国卒中患者平均发病年龄较西方国家低近10岁，10年的差别使我国患者可能更易恢复，病死率较低。因此，降低发病率，推迟发病时间是我国卒中防治的首要任务。

我国住院卒中患者疾病构成上，缺血性卒中患者占65.9%，明显高于西

方国家（46%），但短暂性脑缺血发作（TIA）患者较西方国家低好几倍，这是由于很多TIA患者不就诊或只在门诊而未住院治疗。年龄构成上，我国卒中患者平均住院年龄为66岁，美国白人患者为76岁，整整相差10年；性别构成上，美国白人常以女性住院患者较多，而中国以男性住院患者较多。

目前国内外卒中医疗质量评测指标不尽相同。据国家神经内科质控中心数据显示，与实施质控前相比，质控I期后关键医疗服务指标明显改善，与

根据美国指南规范指导的质量相近；但在发病后3h内接受组织纤溶酶原激活剂治疗的溶栓率和房颤抗凝等关键性医疗指标上，与美国差距较大。此外，合并高血压的卒中患者降压治疗长期依从性也存在一定的问题。患者通常在出院6个月后依从性就会下降，这就提醒临床医生在6个月时在门诊进行第二次健康教育。房颤是卒中最重要危险因素之一，但我国国家卒中登记数据显示，仅21%已知房颤且无抗凝禁忌症的卒中患者发病前接受抗凝治疗。



王拥军 教授

刘鸣：我国卒中多中心对照研究凤毛麟角

四川大学华西医院神经内科刘鸣教授介绍了我国急性卒中临床研究现状、面临的困境以及发展方向。她表示，通过检索1996年1月至2013年5月国内外发表的中国大陆地区急性卒中（缺血性卒中占63.9%、出血性卒中占30.8%、蛛网膜下腔出血5.3%）临床试验文献发

现，近17年来，我国急性卒中临床试验发表13493项，数量增长明显，但多中心对照试验仍非常有限，仅52项。提高急性卒中设计和实施质量需引起更多重视。

此外，刘教授介绍，上世纪卒中治疗的两大理论性突破为改善脑血流和神经保护。以神经保护剂的临床试验为例，虽然目

前已有大量药物研究在开展，但常常是动物试验令人兴奋、临床研究令人失望，动物-人体转化研究尚不成功。药物在动物模型是否真正有效，动物细胞与人类细胞的差异，神经保护剂对人脑组织有效性、是否达到人体靶组织，脑缺血概念模型的人体证据是否理想，都是值得探讨的问题。



刘鸣 教授



樊东升 教授

出血性卒中热点

樊东升：出血性卒中30%为脑淀粉样血管病所致

北京大学第三医院神经内科樊东升教授表示，虽然大多数卒中为缺血性卒中，但我国的出血性卒中较其他发达国家仍较多。出血性卒中分原发性和继发性两种。原发性出血中，大部分为高血压所致的出血性卒中，另有30%为脑淀粉样血管病（CAA）所致。随着人口老龄化加速，CAA导致的出血性卒中成为越来越突出

的问题。

CAA病理变化为β淀粉样蛋白在脑内小动脉沉积，导致脑血管病变（血管壁增厚、微动脉瘤、血管腔狭窄、断裂），既可引起出血，也可引起缺血，临床上常因出现出血性卒中而被发现。此外，CAA还可有精神症状以及无症状性脑叶微出血现象。

目前CAA最常用、特异性较好的诊断标准为Boston标准，但其敏

感性不高（仅44%）。对有缺血风险的CAA患者的二级预防非常棘手。若给予CAA患者抗血管治疗，则出血风险要比高血压出血风险高得多。既要针对性预防出血发生，又要很好的预防缺血事件，这要求提高诊断手段的敏感性。目前较有潜力的检查方法包括神经影像、眼底检查以及基因检测。

另一方面，研究表

明，将血压稍降低9/4 mmHg可使发生CAA相关出血性卒中风险降低77%。明确CAA出血的预示因素，明确抗血小板、调脂降压治疗对出血和缺血事件的影响，可指导CAA患者的血压管理及对有缺血性风险患者的抗栓、调脂等二级预防治疗，减少CAA相关出血、痴呆等严重疾病的发生。

（下转第19版）